

TITRES
et
TRAVAUX SCIENTIFIQUES
du Dr Louis CLEISZ



CLEISZ Louis Frédéric

(demeurant à Paris - 136, Boulevard Montparnasse)

né le 21 Juin 1885 à Cournonterral (Hérault)

TITRES CIVILS.

1 - Licencié ès-sciences naturelles 14 Mars 1908.

2 - Ancien Interne des Hôpitaux de Paris (concours 1911).

3 - Docteur en Médecine (21 Mai 1919).

4 - Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris (1920 - 1921).

5 - Membre de la Société d'Obstétrique et gynécologie (1920).

6 - Accoucheur des Hôpitaux de Paris (1923).

7 - examen d'agrégabilité + 2ème ex. agrég)



CLEISZ Louis Frédéric

(demeurant à Paris - 1.6, Boulevard Montparnasse)

né le 21 Juin 188[illegible] à Cournonterral (Hérault)

TITRES CIVILS.

1 - Licencié ès-sciences naturelles (Juin 19[illegible]).

2 - Ancien Interne des Hôpitaux de Paris (concours 1912).

3 - Docteur en Médecine (Juillet 1919).

4 - Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris (1920 - 192[illegible]).

5 - Membre de la Société d'Obstétrique et gynécologie ([illegible])

6 - Accoucheur des Hôpitaux de Paris ([illegible]).

7 - [illegible] (+ 2ème ex-aequo)

CLEISZ Louis Frédéric

(demeurant à Paris - 126, Boulevard Montparnasse)

Né le 21 Juin 1885 à Cournonterral (Hérault)

TITRES MILITAIRES

Engagé volontaire conditionnel le 10 Novembre 1903
(compte avec la classe 1902) 117° R.d'I. (Le Mans)

TROIS PERIODES D'INSTRUCTION :

1°) du 20 Août au 16 Septembre 1906 - 103 R.I.

2°) du 18 Juin au 10 Juillet 1909 - 24° Sect. d'I. milit.

3°) du 31 Mai au 16 Juin 1912 - 59° Rég^t d'Art.

GRADE - Médecin auxiliaire en date du 25 Février 1909.

Aide-major de 2ème cl. à T.T. Mai 1915
" " " " " à T.D. 2 Décembre 1917
Aide-major de 1ère cl. à T.T. Octobre 1917
" " " " " à T.D. 6 Août 1921
médecin capitaine février 1929

GUERRE - Mobilisé le 2 Août 1914
Au front depuis le 20 Août 1914 jusqu'en Janvier 1919

Reste affecté au même groupe d'artillerie lourde de campagne (155 court) dont le régiment porte successivement les chiffres 5. 114. 101.

Affecté au 122° Régiment d'Infanterie territoriale du début de Janvier 1917 au 1er Mars 1917.

A été depuis affecté à des formations sanitaires.
Ambulance 9/8.
Autochir 19.
Service du Dr Lecène à Epernay.
Autochir 36.
Renvoyé à l'intérieur (Paris), le 15 Janvier 1919.

[illegible] Louis Frédéric

(demeurant à Paris - 165, Boulevard [illegible])

Né le 21 Juin 1[illegible] à C[illegible] ([illegible])

[illegible]

Engagé volontaire conditionnel le 1[illegible] Novembre [illegible]
(compte avec la classe 1.0.) [illegible]

TROIS [illegible] :

1°) du 20 Août au 16 Octobre [illegible] - 1[illegible] R.I.

2°) du 19 Juin au 10 Juillet 19[illegible] - [illegible] Sect. [illegible]

3°) du 31 Mai au 1[illegible] Juin 19[illegible] - [illegible]

[illegible] - Médecin auxiliaire [illegible]

Aide-major de 2ème cl. [illegible]

Aide-major de 1ère cl. [illegible]

Médecin Capitaine juin 1929

GUERRE - Mobilisé le 2 Août 1914
Au front depuis le 20 Août 1914 jusqu'à [illegible]

Reste affecté au même groupe [illegible]
compagnie (1[illegible] court) dont le régiment [illegible]
chiffres 5. 114. 101.

Affecté au 1[illegible] Régiment d'Infanterie [illegible]
début de janvier 1917 au 1er Mars 1917.

A été depuis affecté à des formations sanitaires.
Ambulance 9/8.
Autochir 19.
Service du Dr Locène à Epernay.
Autochir 36.
Renvoyé à l'Intérieur (Paris), le 15 Juin [illegible]

Démobilisé le 4 Avril 1919.

CITATION -

Refuse une proposition de citation au corps d'armée faite au moment des affaires de Marcheville (Mars 1915).

Croix de guerre, citation à l'ordre de l'artillerie du 9e corps (brigade), N° 3815, le 24 Novembre 1916.

" Chef du service médical d'un groupe depuis le 20 Août 1914, a constamment fait preuve du plus entier dévouement pour donner des soins aux malades et aux blessés. Toujours installé à proximité des batteries, a fréquemment été exposé à des feux violents pendant l'exercice de ses fonctions, notamment les 23 Octobre et 10 Novembre 1916 où il a montré le plus grand courage allié au plus grand sang-froid en allant panser des blessés de son unité et d'unités voisines en un point soumis à un violent bombardement d'obus de gros calibre."

ENSEIGNEMENT -

Répétiteur d'obstétrique à l'Ecole pratique (semestre d'été 1919 - semestre d'été 1920)

Cours complérentaires et de perfectionnement d'obstétrique (Clinique Baudelocque - Années 1919- 1929)

Cours d'enseignement clinique à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (service du Professeur agrégé LEVY-SOLAL)

TRAVAUX -

THESE de Doctorat en médecine (1919): mention honorable

Les perinéphrites suppurées métastatiques

L'ancienne appellation de " Phlegmon perinephretique idiopathique " doit disparaitre et être remplacé par celle de"perinéphrites suppurées métastiques".

La question est exposée dans son ensemble à propos de six observations inédites de Monsieur le Professeur Lecène de suppuration localisée primitivement à l'atmosphère graisseuse perirénale au cours d'une septicemie latente.

Tout phlemon périnphrétique est la localisation à l'atmosphère graisseuse périrénale d'une bactériehémie dont la porte d'entrée peut être facile à dépister ou qu'il faut au contraire chercher.

Le furoncle, le panaris, même l'anthrax, porte d'entrée de

Répétiteur d'obstétrique à l'École pratique [illegible]

l'été 1919 - semestre d'été 1920)

Cours complémentaires et de perfectionnement [illegible]

(Clinique Baudelocque (Années 1919- 1920).

Cours d'enseignement clinique à la Maternité de l'[illegible]

Saint-Antoine (service du Professeur agrégé [illegible])

AUX -

THESE de Doctorat en médecine (1919):

Les périnéphrites suppurées métastatiques

L'ancienne appellation de " Phlegmon périnéphr[illegible]

pathique " doit disparaître et être remplacé par celle de "[illegible]

néphrites suppurées métastatiques".

La question est exposée dans son ensemble à propos [illegible]

observations inédites de Monsieur le Professeur [illegible]

puration localisée primitivement à l'atmosphère graisseuse

périrénale au cours d'une septicémie latente.

Tout phlemon périnéphrétique est la localisation à l'at-

mosphère graisseuse périrénale d'une bactériémie dont la

démontrée peut être facile à déceler ou qu'il faut au contr[illegible]

chercher.

[illegible] l'anthrax, porte d'entrée

l'infection, est le plus souvent négligé par le malade qui sera évidemment le dernier à vous donner un renseignement qu'il considère comme négligeable et sans à-propos. Et la recherche n'est pas faite par le médecin parce que le phlegmon périnéphrétique consécutif au furoncle, anthrax, panaris, d'une façon générale aux petites suppurations périphériques, est une affection peu connue bien qu'elle soit loin d'être exceptionnelle.

S'il faut penser à la cause pour la rechercher, il faut aussi penser au diagnostic pour le poser.

Ce sont les signes locaux qu'il faudra rechercher et qui feront faire le diagnostic.

Le pronostic est bénin lorsque, le diagnostic ayant été précocement posé, l'intervention est immédiatement pratiquée.

Le traitement consiste uniquement en l'ouverture large de la collection par une incision parallèle à la douzième côte et à une hauteur variable suivant que les signes cliniques auront indiqué une collection voisine du pôle supérieur ou du pôle inférieur.

ANATOMIE OBSTÉTRICALE

1) BASSINS COXALGIQUES . QUELQUES MESURES COMPARATIVES DES DEUX MOITIES DU BASSIN. (Société d'anatomie 24 Avril 1920)

Nous avons examiné neuf bassins coxalgiques, 4 bassins féminins, 2 bassins masculins, 3 bassins d'enfants, et, des mesures comparatives des deux moitiés ,saine et malade, de ces bassins, il nous a été possible de tirer les conclusions suivantes :

digestion, est le plus souvent négligé ...
évidemment le dernier à vous donner un renseignement qu'il
sidère comme négligeable et sans à-propos. E. la reclam
pas faite par le médecin parce que le phlegmon périné
consécutif au furoncle, anthrax, panaris, d'une façon
aux petites suppurations périphériques, est une affection
comme bien qu'elle soit loin d'être exceptionnelle.

S'il faut penser à la cause pour la rechercher, il fa
aussi penser au diagnostic pour le poser.

Ce sont les signes locaux qu'il faudra rechercher et
feront faire le diagnostic.

Le pronostic est bénin lorsque, le diagnostic ayant
précocement posé, l'intervention est immédiatement pratiqu

Le traitement consiste uniquement en l'ouverture larg
de la collection par une incision parallèle à la douzième
et à une hauteur variable suivant que les signes cliniques
auront indiqué une collection voisine du pôle supérieur ou
pôle inférieur.

ANATOMIE OBSTÉTRICALE

1) BASSINS COXALGIQUES . QUELQUES MESURES COMPARATIVES
DEUX MOITIES DU BASSIN. (Société d'anatomie 24 Avril 192

Nous avons examiné neuf bassins coxalgiques, 4 bassi
féminins, 2 bassins masculins, 3 bassins d'enfants, et, d
mesures comparatives des deux moitiés, saine et malade,
ces bassins, il nous a été possible de tirer les conclusi

1 - Il existe une atrophie constante de la moitié malade. Cette atrophie porte sur la partie haute du bassin, sur la partie de l'ilion qui est au-dessus de la ligne innominée, et correspond au grand bassin sans intérêt obstétrical. Elle porte également sur ce qui est au-dessous de la ligne innominée et intervient, par conséquent, dans la constitution de l'excavation et du détroit inférieur.

2 - Chose remarquable, la ligne innominée du côté malade, non seulement conserve sa forme normale, l'aplatissement siégeant presque toujours du côté sain (dans un seul cas, bassin d'enfant, nous l'avons trouvé aplati du côté malade) mais encore, elle conserve ses dimensions normales, des dimensions qui sont au moins égales à celles du côté sain.

3 - Dans quatre cas sur neuf, nous avons même trouvé la ligne innominée plus grande, plus longue du côté atrophié que du côté sain.

2) BASSIN COXALGIQUE. ETUDES DE LA LIGNE INNOMINEE ET DE L'ATROPHIE - (in Gynecolie et Obstétrique. Tome II 1920 n° 5 page 353)

Cette étude qui fait suite à la précedente et la complète, porte sur tous les bassins coxalgiques rassemblés au Musée de la Clinique Baudelocque, comprenant entre autres 13 bassins d'enfants, provenant de la collection de Monsieur MESNARD, de Berck.

Nous avons pu, rectifier les notions classiques relatives aux dimensions et à la forme de la ligne innominée; les traités classiques enseignent en effet que la ligne innominée du côté

1 - Il [illegible]

Cette atrophie porte sur la partie haute [illegible]
de l'ilion qui est au-dessus de la ligne innominée, [illegible]
au grand bassin sans intérêt obstétrical. Elle porte [illegible]
sur ce qui est au-dessous de la ligne innominée et [illegible]
par conséquent, dans la constitution de l'excavation [illegible]
inférieur.

2 - Chose remarquable, la ligne innominée du côté malade
non seulement conserve sa forme normale, l'aplatissement [illegible]
presque toujours du côté sain (dans un seul cas, bassin [illegible]
fant, nous l'avons trouvé aplati du côté malade) mais [illegible]
elle conserve ses dimensions normales, des dimensions qui [illegible]
au moins égales à celles du côté sain.

3 - Dans quatre cas sur neuf, nous avons même trouvé la
ligne innominée plus grande, plus longue du côté atrophié [illegible]
du côté sain.

2) BASSIN COXALGIQUE. ETUDES DE LA LIGNE INNOMINEE ET [illegible]
L'ATROPHIE - (in Gynécolie et Obstétrique. Tome II 1920 n° [illegible]
page 353)

Cette étude qui fait suite à la précédente et la complète
porte sur tous les bassins coxalgiques rassemblés au Musée [illegible]
la Clinique Baudelocque, comprenant entre autres 13 bassins
d'enfants, provenant de la collection de Monsieur MESNARD, [illegible]
Berck.

Nous avons pu rectifier les notions classiques relatives
aux dimensions et à la forme de la ligne innominée; les trait[illegible]
[illegible]

coxalgique est moins longue et moins incurbée que du côté malade.

Or, il résulte de nos examens et mensurations que, 1°) la ligne innominée du côté malade est toujours au moins égale, parfois supérieure en longueur à celle du côté sain - 2°) la ligne innominée du côté malade est plus souvent normale (13 fois sur 21) que modifiée dans sa forme (8 fois sur 21) soit par aplatissement anormal, soit par éxagération ou angulation de la ligne cintrée. - 3°) L'aplatissement de la ligne innominée du côtésain est presque constant et ce n'est que par exception qu'il siège du côté malade.

Nous avons vérifié en outre que sauf en ce qui concerne la ligne innominée, le côté malade est dans presque toutes ses dumensions, atrophié par rapport au côté sain, atrophie de ce qui est au-dessus de la ligne innominée et présente peu d'intérêt au point de vue obstétrical, atrophie de ce qui au-dessous de cette ligne, en particulier atrophie de la région ischiatique et présente, au contraire, un interêt obstétrical, puisqu'il s'agit de l'excavation et du détroit inférieur.

3) EXAMEN D'UNE FEMME ENCEINTE ATTEINTE DE COXALGIE (Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques 10 Août 1919)

PHYSIOLOGIE

// La douleur de l'accouchement. Etude de son traitement.

1) FAUT-IL ACCEPTER OU CHERCHER A SUPPRIMER LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT (Quinzaine Médicale Juin 1924 n° 6)

2) DE LA DOULEUR DANS L'ACCOUCHEMENT (La Puéricultrice Octobre 1924 n° 8)

cortigique est moins long ...

Or, il résulte de nos mesures et ... ligne innominée du côté malade est ... parfois supérieure en longueur à celle du côté sain - ... ligne innominée du côté malade est plus souvent normale (... fois sur 21) que modifiée dans sa forme (5 fois sur 21) ... par aplatissement anormal, soit par exagération ou ... de la ligne cintrée. - 3°) L'aplatissement de la ligne ... du côté sain est presque constant et ce n'est que par ... qu'il siége du côté malade.

Nous avons vérifié en outre que sauf en ce qui concerne la ligne innominée, le côté malade est dans presque toutes ses dimensions, atrophié par rapport au côté sain, atrophie de ce qui est au-dessus de la ligne innominée et présente peu d'intérêt au point de vue obstétrical, atrophie de ce qui est au-dessous de cette ligne, en particulier atrophie de la région ischiatique et présente, au contraire, un intérêt obstétrical, puisqu'il s'agit de l'excavation et du détroit inférieur.

3) EXAMEN D'UNE FEMME ENCEINTE ATTEINTE DE COXALGIE (Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques 10 Août 1919)

PHYSIOLOGIE

1) La douleur de l'accouchement. Etude de son traitement

1) FAUT-IL ACCEPTER OU CHERCHER A SUPPRIMER LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT (Quinzaine Médicale Juin 1924 n° 6)

3) <u>ANESTHESIE</u>

1°) <u>A PROPOS DE L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR</u>.(Société d'Obstétrique et Gynécologie 192

Nous avons étudié la question de l'anesthésie au cours de l'accouchement.

Parmi tous les anesthésiques proposés et qui ont fait l'objet d'une étude approfondie au Congrès de Génève, il en est deux qui semblent répondre aux désidératas de l'anesthésie obstétricale.

1°) Diminuer ou supprimer les douleurs pendant la durée du travail sans nuire à la marche - 2°) Ne porter préjudice ni à la mère ni à l'enfant - 3°) Réduire au minimum pour la mère les risques des anesthésies générales en cas d'accouchement dystocique.- Ce sont le protoxyde d'azote et le somnifène. Notre expérience personnelle nous a fait rejeter le protoxyde d'azote; car, s'il atténue ou supprime les douleurs de l'accouchement, s'il permet une anesthésie prolongée, il n'est pas sans danger pour la mère et pour l'enfant du fait de l'asphyxie possible au cours de l'anesthésie.

Au contraire, nous accordons la préférence au sominfème ou diethyldiallylbarbiturate de diethylamine. Ce procédé avait déjà été employé par FUNCK-BRENTANO et CERNE mais la drogue était injectée par voie intra-musculaire, Nous avons employé le somnifène par voie intra-veineuse et souvent à doses plus élevées que CERNE sans constater d'effet nocif ni sur la mère ni sur l'enfant.

Nous avons employé le somnifène chez des femmes ayant des douleurs apparemment assez intenses, soit onze primipares, six multipares.

1) [illegible]

(*) A PROPOS DE L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR. [illegible]
d'Obstétrique et Gynécologie 192

Nous avons étudié la question de l'anesthésie au cours de l'accouchement.

Parmi tous les anesthésiques proposés et qui ont fait l'objet d'une étude approfondie au Congrès de Génève, il en est deux qui semblent répondre aux désidérata de l'anes[illegible] obstétricale.

1°) Diminuer ou supprimer les douleurs pendant la durée du travail sans nuire à sa marche - 2°) Ne porter préjudice ni à la mère ni à l'enfant - 3°) Réduire au minimum pour la mère les risques des anesthésies générales en cas d'accouchement dystocique.- Ce sont le protoxyde d'azote et le somnifène. Notre expérience personnelle nous a fait rejeter le protoxyde d'azote car, s'il atténue ou supprime les douleurs de l'accouchement s'il permet une anesthésie prolongée, il n'est pas sans danger pour la mère et pour l'enfant du fait de l'asphyxie possible cours de l'anesthésie.

Au contraire, nous accordons la préférence au somnifène diéthyldiallylbarbiturate de diéthylamine. Ce procédé a déjà été employé par FUNCK-BRENTANO et CERNE mais la drogue était injectée par voie intra-musculaire. Nous avons employé le somnifène par voie intra-veineuse et souvent à doses plus élevées que CERNE sans constater d'effet nocif ni sur la mère ni sur l'enfant.

Nous avons employé le somnifène chez des femmes ayant

Notre technique est la suivante : Faire la première injection, chez la multipare, dès le début du travail, chez la primipare, attendre quelse contractions soient nettement pénibles et la dilatation de 1 à 2 francs.

Injecter d'emblée une dose suffisante pour obtenir un sommeil profond, soit 8 cm³. Répéter les doses suivant les nécessités Nous n'avons jamais dépassé 13 cm³.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

1°) Sur la mère : a) Les douleurs disparaissent complètement lesommeil est obtenu dès l'injection faite, l'anesthésie dure 2 heures et demie à 3 heures et demie.

b) les contractions utérines sont objectivement augmentées : la moyenne du temps de dilation est diminuée.

c) la rétraction utérine est normale,

d) pas de modifications du pouls, ni de la respiration.

e) réflexes cornéens conservés, rotuliens conservés, parfois exagérés.

f) amnésie depuis la première injection jusqu'à la reprise de conscience.

Le seul ennui noté est un état d'agitation parfois assez marqué. Enfin, tardivement, nous avons pu constater une agitation persistante avec crises de larmes, et diplopie binoculaire passagère.

2°) sur l'enfant : Pendant le travail, il n'y a pas de modifications des bruits du coeur. Tous les enfants n'ont pas immédiatement crié, mais tous ont immédiatement respiré.

notre technique est la suivante : faire ...

chez la multipare, dès le début du travail, sans ...

attendre que les contractions soient nettement pénibles ...

dilatation de 1 à 2 francs.

Injecter d'emblée une dose suffisante pour obtenir un ...

meil profond, soit 8 cm^3. Répéter les doses suivant les ...

Nous n'avons jamais dépassé 15 cm^3.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

1°) Sur la mère : a) Les douleurs disparaissent ...

le sommeil est obtenu dès l'injection faite, l'anesthésie dure

2 heures et demie à 3 heures et demie.

b) les contractions utérines ...

tivement augmentées : la moyenne du temps de dilatation ...

c) la rétraction utérine est ...

d) pas de modifications du pouls, ...

la respiration.

e) réflexes cornéens conservés, rot...

conservés, parfois exagérés.

f) amnésie depuis la première inject...

jusqu'à la reprise de conscience.

Le seul ennui noté est un état d'agitation parfois asse...

marqué. Enfin, tardivement, nous avons pu constater une agit...

persistante avec crises de larmes, et diplopie binoculaire pas...

gère.

2°) sur l'enfant : Pendant le travail, il n'y a pas de ...

difications des bruits du coeur. Tous les enfants n'ont pas

En cas d'accouchement dissociqus, la doss d'anesthésique général par inhalation est infime (six centimètrss cubes de chloro)

Le somnifène permet donc des anesthésies générals prolongées.

2°) L'ANESTHESIE OBSTETRICALE PAR INJECTION INTRAVEINEUSE DE SOMNIFENE - (Presse Médicale 192

L'anesthésie obstétricale par le somnifène administré pa r nous pour la première fois en injection intraveineuse constitue une innovation. A propos de 40 nouvellee observations, nous avons pu faire les constations suivantes. Tout d'abord, nous avons employé ce mode d'anesthésie, non seulement dans les présentations céphaliques, mais aussi dans les présentations du siège, dans un cas de rigidité du col et chez une eclamptique où les crises cessèrent immédiatement et définitivement.

Il ne faut pas trop se hâter de pratiquer l'anesthésie dans la crainte d'un travail de longue durée. D'une façon générale, on pourra commencer l'anesthésie chez la multipare au début du travail, chez la primipare, quand le travail est franchement en train.

Au point de vue technique, il faut pousser l'injection très lentement en deux minutes et demie à trois minutes. La dose moyenne à injecter est de 8 cm^3. Il faut attacher les femmes dès qu'elles sont endormies afin d'éviter les mouvements inconscients. Nous avons essayé de parfaire l'anesthésie en l'associant à la morphine. La morphine a toujours combattu l'agitation, mais elle semble ralentir le travail et paralyser l'action de l'hypophyse.

En cas d'accouchement ..., le ... d'... g

général par inhalation est infime (six centilitres ... c

chloro)

Le somnifène permet donc des anesthésies générales pro-

gées.

2°) L'ANESTHESIE OBSTETRICALE PAR INJECTION INTRAVEI

DE SOMNIFENE - (Presse Médicale 192

L'anesthésie obstétricale par le somnifère administré

nous pour la première fois en injection intraveineuse const

une innovation. A propos de 40 nouvelles observations, nous

avons pu faire les constatations suivantes. Tout d'abord, no

avons employé ce mode d'anesthésie, non seulement dans les

présentations céphaliques, mais aussi dans les présentation

du siège, dans un cas de rigidité du col et chez une eclamp

où les crises cessèrent immédiatement et définitivement.

Il ne faut pas trop se hâter de pratiquer l'anesthésie

dans la crainte d'un travail de longue durée. D'une façon g

nérale, on pourra commencer l'anesthésie chez la multipare

début du travail, chez la primipare, quand le travail est

franchement en train.

Au point de vue technique, il faut pousser l'injection

très lentement en deux minutes et demie à trois minutes. La

dose moyenne à injecter est de 8 cm3. Il faut attacher les

femmes dès qu'elles sont endormies afin d'éviter les mouve

inconscients. Nous avons essayé de parfaire l'anesthésie e

l'associant à la morphine. La morphine a toujours combattu

... mais elle semble ralentir le travail et parai

Nous avons employé l'hypophyse dans 22 cas, et nous avons toujouss obtenu un travail rapide et indolore sauf dans deux cas, où la morphine avait été antérieurement injectée.

Enfin, dans tous nos cas, nous avons terminé presque systématiquement par un forceps en dehors des cas où une indication d'urgence nous y contraigaait. Ces applioations se sont montrées faciles, indolores et anodines pour la mère et pour l'enfant.

Oes constatations nous confirment dans notre première impression à savoir que le somnifène constitue aotuellement le meilleur mode d'anesthésie obstétricale.

~~PATOLOGIE~~

~~XXXXXXXX~~ PATHOLOGIE

I TUBERCULOSE ET PUERPERALITE

A - Les idées aotuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coincidant avec la puerperalité. (Gynec. et Obst. 1923 Tome VII n° 2 pages 151 à 167)

Sur un point, accoucheurs et phtysiologues sont d'accord : la fécondation est relativement rare ohez les tuberouleuses.

Par oontre, les avis sont très partagés relativement à l'influenoe de la gestation, lorsqu'elle vient à se produire sur la tuberculose.

1) Les optimistes et les pessimistes - L'optimisme dont certains auteurs faisaient preuve autrefois et que seuls peuvent expliquer, ainsi que le dit RIST, le défaut d'observation olinique et l'impréoision du diagnostic de tuberculose pulmonaire,

Nous avons employé l'hypophyse dans [illegible] cas, [illegible]
toujours obtenu un travail rapide et indolore [illegible]
cas, où la morphine avait été antérieurement injectée.

Enfin, dans tous nos cas, nous avons terminé presque sys-
matiquement par un forceps en dehors des cas où une [illegible]
d'urgence nous y contraignait. Ces applications se [illegible]
faciles, indolores et anodines pour la mère et pour l'enfant.

Ces constatations nous confirment dans notre première [illegible]
à savoir que le somnifène constitue actuellement la solution
d'anesthésie obstétricale.

~~XXXXXXXX~~

~~XXXXXXXXX~~ PATHOLOGIE

I TUBERCULOSE ET PUERPERALITE

A - Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la puerpéralité. (Gynéc. et Obst. Tome VII n° 2 pages 151 à 167)

Sur un point, accoucheurs et phtysiologues sont d'accord : la fécondation est relativement rare chez les tuberculeuses.

Par contre, les avis sont très partagés relativement à l'influence de la gestation, lorsqu'elle vient à se produire sur la tuberculose.

1) Les optimistes et les pessimistes - L'optimisme dont certains auteurs faisaient preuve autrefois et que seule peut expliquer, ainsi que le dit RIST, le défaut d'observation cli

n'est actuellement plus de mise.

Les optimistes sont aujourd'hui des éclectiques dont aucun ne nie la relative fréquence avec laquelle la gravidité peut être cause de l'aggravation de la tuberculose pulmonaire. (Pinard Tecon, Sabourin, Dumaret et Brette) Encore peut-on remarquer que cet optimisme est souvent illégitime, soit du fait de l'insuffisance ou du mal fondé du diagnostic de tuberculose (Rist), soit du fait que les accoucheurs n'ont pas l'occasion d'observer les aggravations des suites de couches éloignées et tardives (Sergent) Soit du fait qu'il s'agissait de formes favorables de tuberculose, soignées en outre dans les conditions optima (Sergent) et coincidant avec ce que l'on est convenu d'appeler une bonne grossesse (Bon fonctionnement rénal, hépatique et cardiaque).

Par contre, la majorité des auteurs sont franchement pessimistes, les uns d'une façon irréductible et absolue, comme Maragliano, les autres, d'une façon moins systématique, comme Bar, Léon Bernard, Rist, Sergent.

En dehors des cas observés par eux, les pessimistes renforcent leurs convictions de la constatation de la fréquence de la grossesse relevée dans les antécédents des femmes tuberculeuses (Léon Bernard, Sergent) et en outre, de ce fait que le maximum de la mortalité par tuberculose pulmonaire chez la femme est compris entre 25 et 40 ans, c'est à dire pendant la période de la vie génitale (Statistique anglaise citée par Rist).

Les pessimistes ont en outre cherché à déterminé quelles étaient les causes et les explications possibles de l'aggravation

n'est actuellement plus de mise.

Les optimistes sont aujourd'hui des défections ... ne nie la relative fréquence avec laquelle la gravidité peut être cause de l'aggravation de la tuberculose pulmonaire. (Tecon, Sabourin, Dumarest et Brette) Encore peut-on remarquer que cet optimisme est souvent illégitime, soit du fait de l'insuffisance ou du mal fondé du diagnostic de tuberculose (... soit du fait que les accoucheurs n'ont pas l'occasion d'observer les aggravations des suites de couches éloignées et tardives (Sergent) Soit du fait qu'il s'agissait de formes favorables de tuberculose, soignées en outre dans les conditions optima (Sergent) et coïncidant avec ce que l'on est convenu d'appeler une bonne grossesse (Bon fonctionnement rénal, hépatique et cardiaque).

Par contre, la majorité des auteurs sont franchement pessimistes, les uns d'une façon irréductible et absolue, comme Maragliano, les autres, d'une façon moins systématique, comme Bar, Léon Bernard, Piet, Sergent.

En dehors des cas observés par eux, les pessimistes renforcent leurs convictions de la constatation de la fréquence de la grossesse relevée dans les antécédents des femmes tuberculeuses (Léon Bernard, Sergent) et en outre, de ce fait que le maximum de la mortalité par tuberculose pulmonaire chez la femme est compris entre 25 et 40 ans, c'est à dire pendant la période de la vie génitale (Statistique anglaise cité par Piet).

Les pessimistes ont en outre cherché à déterminé quelles

et des différences d'aggravation suivant les cas; ils ont été ainsi amenés à incriminer 1°) la fatigue, les vomissements et d'une façon plus générale, une certaine carence de la nutrition imputable à la gestation.- 2°) la décalcification dûe aux besoins du foetus en chaux, besoins surtout marqués dans les deux derniers mois dela grossesse (Bar) - 3°) la glycémie (?); le brassage des tubercules placentaires par les contractions utérines (Schmorl) - 4°) un certain état d'allergie méritant bien le nom d'allergie gravidique (Bar). Des travaux et observation de Stern, Bar, et Devraigne, Nobecourt et Paraf, Reynals Chomié, Lumière et Coutubier, Brindeau, Jeannet, on peut établir par la recherche de la réaction à la tuberculine : a) chez la femme enceinte bien portante en apparence, il y a un amoindrieeement de la sensibilité à la tuberculine surtout marqué pendant le neuvième mois, mais encore plus accentué dans les premiers jours qui suivent l'accouchement - b) chez la femme enceinte avec une tuberculose au terme ultime de son évolution, la réaction est quelque soit l'âge de la gestation insignifiante ou nulle - c) chez la femme enceinte tuberculeuse, dont les lésions sont légères et ne s'aggravent pas dans la suite, cet amoindrissement de la sensibilité à la tuberculine dans le neuvième mois est moins accentué que chez la femme enceinte normale; Il l'est également moins dans les premiers jours des suites de couches. d) Chez la femme enceinte tuberculeuse dont les lésions sont légère (peu étendues) avec état général satisfaisant on peut quelquefois observer quelque soit le moment de la grossesse une diminution considérable ou même une disparition de la sensi-

et des différences d'a[illegible]
ainsi amenés à incriminer [illegible] la [illegible], [illegible]
d'une façon plus générale, une certaine [illegible]
imputable à la gestation. - 2°) la [illegible]
du foetus en chaux, besoins surtout [illegible]
niers mois de la grossesse (Bar) - 3°) [illegible] (?); le
brassage des tuberculoses placentaires [illegible]
rines (Schmorl) - 4°) un certain état d'a[illegible]
bien le nom d'allergie gravidique (Bar). [illegible]
vation de Stern, Bar, et Devraigne, [illegible],
Chomté, Lumière et Couturier, Brindeau, Jacquet, [illegible]
par la recherche de la réaction à la tuberculine : a) [illegible]
femme enceinte bien portante en apparence, il y a un amoind-
sement de la sensibilité à la tuberculine surtout marqué [illegible]
le neuvième mois, mais encore plus accentué dans les [illegible]
jours qui suivent l'accouchement - b) chez la femme [illegible]
avec une tuberculose au terme ultime de son évolution, la
réaction est quelque soit l'âge de la gestation [illegible]
ou nulle - c) chez la femme enceinte tuberculeuse, dont [illegible]
lésions sont légères et ne s'aggravent pas dans la suite, [illegible]
amoindrissement de la sensibilité à la tuberculine dans le
vième mois est moins accentué que chez la femme enceinte no[illegible]
Il l'est également moins dans les premiers jours des suites
couches - d) Chez la femme enceinte tuberculeuse dont les lé[illegible]
sont légère | peu étendues) avec état général satisfaisant
peut quelquefois observer quelque soit le moment de la gros[illegible]
une diminution considérable ou même une disparition de la s[illegible]

bilité à la tuberculine ; dans ces cas, la maladie évolue le plus souvent avec rapidité pendant la grossesse et s'aggrave encore après l'accouchement.

Ainsi la grossesss constitue un terrain particulièrement favorable au développement de la tuberculose. Elle apparaît comme une " cause occasionnelle de réveil de la tuberculose " (Sergent).

A vrai dire, seuls les phtysiologues centralisant en quelque sorte tous les cas de tuberculose pulmonaire en rapport avec la gestation, les mauvais que presque uniquement ils voient et les moyens et peut-être les bons (à eux d'en décider) auprès desquels les convieront les accoucheurs, pourront-ils peut-être dans une certaine mesure atténuer leur péssimisme.

2) Comment établir le pronostic?

En présence de l'association tuberculose pulmonaire et grossesse, on peut dire qu'en l'absence d'un critère précis, il est toujours difficle d'étayer solidement un pronostic.

En dehors de l'examen de la lésion et des réactions humorales de la femme, il faudra tenir compte des conditions sociales de l'existence d'une bonne ou d'une mauvaise gestation, du passé obstétrical, en particulier des grossesses répétées et rapprochées et des allaitements prolongés.

Deux autres facteurs essentiels de variation sont à envisager :

a) Epoque de la puerperalité

a')Pendant la grossesse 1° s'il s'agit d'une tuberculose ancienne guérie, il n'y a ordinairement aucun réveil ; mais si la tuberculose est peu ancienne et guérie en apparence seulement;

...ralité à la ... dans ces cas, ...
plus souvent avec rapidité pendant la grossesse ...
encore après l'accouchement.

Ainsi la grossesse constitue un terrain ... favorable au développement de la tuberculose. ... comme une " cause occasionnelle de réveil de la ... (Sergent).

A vrai dire, seuls les phtysiologues ... que sorte tous les cas de tuberculose ... la gestation, les mauvais que presque uniquement ... les moyens et peut-être les bons (à eux d'en ... desquels les convieront les accoucheurs, pourront-ils ... dans une certaine mesure atténuer leur pessimisme.

2) Comment établir le pronostic

En présence de l'association tuberculose ... grossesse, on peut dire qu'en l'absence d'un critère précis ... est toujours difficile d'étayer solidement un pronostic.

En dehors de l'examen de la lésion et des réactions ... de la femme, il faudra tenir compte des conditions sociales ... l'existence d'une bonne ou d'une mauvaise gestation, ... obstétricaux, en particulier des grossesses répétées et rap... chées et des allaitements prolongés.

Deux autres facteurs essentiels de variation sont à ... ager :

a) Epoque de la puerpéralité

a')Pendant la grossesse 1° s'il s'agit d'une tuberculose

l'aggravation est en général importante - 2° s'il s'agit d'une tuberculose préexistante dans la grossesse et manifestement non guérie, l'aggravation est manifeste et ne manquera que par exception dans certaines formes torpides - 3° si la tuberculose se manifeste pour la première fois au cours de la grossesse, il s'agira presque toujours de formes graves.

b') pendant les suites de couches : Celles-ci constituent toujours une menace grave soit qu'elles aggravent une lésion déjà existante, soit qu'elles fassent apparaître une poussée chez une femme jusque là en apparence indemne.

b) Formes de la tuberculose:

L'évaluation de l'activité ou de la non-activité de la lésion dont des examens répétés doivent déterminer si elle évolue ou non, la forme de la tuberculose (Sergent a insisté sur les formes fibreuses souvent inactives) sont des éléments essentiels d'appréciation du pronostic.

En somme, le pronostic de l'association grossesse et tuberculose pulmonaire ne comporte " hormis les cas extrêmes et nettement tranchés que des présomptions assez fragiles... Le problème est à peu près insoluble théoriquement." (Sergent).

Il faut chercher à se faire avec l'ensemble des divers éléments d'appréciation pronostique dont nous avons parlé non pas une certitude mais une impression qui ne saurait même pas être impersonnelle, chaque observateur ne pouvant en effet en l'absence de tout critère rigoureux et indiscutable, se départir de sa tendance, tantôt pessimiste, tantôt optimiste, suivant ce qu'il lui aura été donné d'observer antérieurement.

3) La question du mariage

Bien que malheureusement, les cas où la tuberculose vient compliquer la gestation soient beaucoup plus nombreux que ceux où la gestation vient compliquer la tuberculose, la très grande majorité des auteurs, relativement à ces derniers cas, admet le pessimisme en quelque sorte préventif qui déconseille formellement le mariage et les risques de la maternité aux tuberculeuses. Et le moins qu'on puisse dire est " qu'il vaut mieux, quand on est tuberculeuse, ne pas devenir enceinte " (Léon Bernard)

B - Conduite à tenir en présence de l'association tuberculose pulmonaire et grossesse -(Gyn. & Obst. 1923 Tome VII n° 3 pages 224 à 245)

Dans cette deuxième partie de notre travail, nous avons exposé les deux lignes de conduite bien différentes préconisées par les différents auteurs. Soigner la tuberculose et surveiller la grossesse, suivant la formule de Pinard. Ou interrompre la grossesse.

Soigner la tuberculose et surveiller la grossesse-

Les auteurs qui partagent cette façon de voir sont ou des pessimistes qui jugent impuissante l'interruption de la grossesse ou des optimistes qui la jugent inutiles ou facheuses.

Leurs raisons sont les suivantes : 1° toutes les tuberculoses ne s'aggravent pas du fait de la gestation - 2° il n'y a pas de critère sur lequel s'appuyer pour dire si la tuberculose s'aggravera - 3° Il reste à démontrer que l'avortement fera cesser tout risque pour la mère. Telle est l'opinion de Pinard, Bonnaire, Dumarest, opinion également partagée, quoique d'une façon moins catégorique et avec certaines réserves par Couvelaire, Rist,

Léon Bernard, Hergott.

a) Soigner la tuberculose :

Le traitement de la tuberculose doit ici faire une grande part à la recalcification et à la médication surrénale (Sergent). Il doit envisager le développement des oeuvres d'assistance sociale aux femmes tuberculeuses enceintes.

Nous avons particulièrement étudié la question du pneumothorax artificiel appliqué au traitement de la tuberculose pulmonaire unilatérale chez la femme enceinte (63 observations collationnées).

Les cas les moins intéressants sont ceux de pneumothorax établis avant la gestation pour une tuberculose antérieur à elle; tout ce qu'on peut en dire, c'est que le pneumothorax ne met obstacle ni à la gestation, ni à l'accouchement ; mais il est incapable d'empêcher le coup de fouet occasionné par le post-partum de se produire.

Le pneumothorax institué au cours d'une grossesse pour tuberculose contemporaine de cette grossesse ou antérieure à elle et aggravée par elle, paraît souvent insuffisant à enrayer la poussée provoquée par la grossesse et dans une forte proportion, absolument impuissant contre la deuxième poussée des suites de couches.

Seul, le pneumothorax institué après l'accouchement pour des tuberculoses nées ou aggravées à ce moment constitue un moyen de lutte actif à opposer aux poussées si notoirement redoutables des suites de couches.

b) Valeur de l'enfant -

L'enfant est le gros argument des abstentionnistes. Nous

Léon Bernard, Baugot.

a) Soigner la tuberculose :

Le traitement de la tuberculose doit ici faire une gran
part à la recalcification et à la médication surrénale (seg
Il doit envisager le développement des oeuvres d'assistance
ciale aux femmes tuberculeuses enceintes.

Nous avons particulièrement étudié la question du pneum
artificiel appliqué au traitement de la tuberculose pulmonai
unilatérale chez la femme enceinte (65 observations collati
nées).

Les cas les moins intéressants sont ceux de pneumothorax
établis avant la gestation pour une tuberculose antérieure à
tout ce qu'on peut en dire, c'est que le pneumothorax ne met
obstacle ni à la gestation, ni à l'accouchement ; mais il es
incapable d'empêcher le coup de fouet occasionné par le post
partum de se produire.

Le pneumothorax institué au cours d'une grossesse pour
tuberculose contemporaine de cette grossesse ou antérieure à
elle et aggravée par elle, paraît souvent insuffisant à enra
la poussée provoquée par la grossesse et dans une forte prop
tion, absolument impuissant contre la deuxième poussée des
suites de couches.

Seul, le pneumothorax institué après l'accouchement pour
des tuberculoses nées ou aggravées à ce moment constitue un
moyen de lutte actif à opposer aux poussées si notoirement
doutables des suites de couches.

b) Veiller de l'enfant -

avons cherché à préciser quelle en est la valeur. En fait, l'hérédo-contagion (hérédité de graine) est trop exceptionnelle pour entrer dans l'estimation de la valeur de l'enfant issu de mère tuberculeuse. Comme d'autre part, la prématuration et l'hérédité dystrophiante (hérédité de terrain) ne doivent être prises qu'en minime considérations, la valeur de l'enfant prend une importance d'autant plus grande. Et il n'est pas déraisonnable de supposer que si l'on n'envisageait que les cas où l'enfant est immédiatement soustrait à son milieu, c'est à dire à l'éventualité presque certaine de la contagion, cette valeur serait plus grande encore que ne le disent les statistiques les plus favorables, car c'est la contagion qui grève le pronostic. Indiscutée et infiniment plus importante que les questions d'hérédité trophiques et de germe, c'est contre elle que doivent porter les efforts de ceux qui ayant soigné la tuberculose dans l'espoir d'une grossesse à terme veulent au moins que l'enfant soit sauf et doivent ne pas hésiter dès sa naissance à le soustraire à son milieu (Couvelaire, Léon Bernard, Debré).

c) <u>La question de l'allaitement</u> -

D'après les travaux des auteurs, la preuve n'est pas faite que le lait de la mère ne soit pas contagieux pour son enfant. Ce doute d'une part et le fait clinique admis d'autre part par tous ou presque tous les auteurs que la lactation aggrave la tuberculose ou favorise son écloeion, militent en faveur de l'interdiction de l'allaitement.

d) <u>Interrompre la grossesse</u>-

A l'opposé des abstentionnistes, se trouvent les partisans de l'interruption de la grossesse, soit par avortement provoqué,

avons ... précisé, quelle en est la valeur. ...
pédo-contagion (hérédité de graine) ...
pour entrer dans l'estimation de la valeur ...
mère tuberculeuse. Comme d'autre part, la ...
rédité dystrophiante (hérédité de terrain) ne doivent être
prises qu'en minimes considérations, la valeur de l'enfant ...
une importance d'autant plus grande. Et il n'est pas dérai...
ble de supposer que si l'on n'envisageait que les cas où l'enf...
est immédiatement soustrait à son milieu, c'est à dire à l'é...
ventualité presque certaine de la contagion, cette valeur se...
plus grande encore que ne le disent les statistiques les plu...
favorables, car c'est la contagion qui grève le pronostic.
discutée et infiniment plus importante que les questions d'h...
dité trophiques et de germe, c'est contre elle que doivent
porter les efforts de ceux qui ayant soigné la tuberculose ...
l'espoir d'une grossesse à terme veulent au moins que l'enf...
soit sauf et doivent ne pas hésiter dès sa naissance à la s...
traire à son milieu (Couvelaire, Léon Bernard, Debré).

c) La question de l'allaitement -

D'après les travaux des auteurs, la preuve n'est pas ...
que le lait de la mère ne soit pas contagieux pour son enfa...
Ce doute d'une part et le fait clinique admis d'autre part ...
tous ou presque tous les auteurs que la lactation aggrave ...
tuberculose ou favorise son éclosion, militent en faveur ...
l'interdiction de l'allaitement.

d) Interrompre la grossesse-

... des abstentionnistes, se trouvent les par...

soit par hysterectomie.

Il va sans dire que ce traitement n'est pas applicable aux lésions légères, ni aux lésions très avancées.

Mais un certain nombre de cas sont justiciables de ce traitement (Bar, Brindeau, De Lee, Sergent). Ce sont les cas où 1° les lésions sont sérieuses, mais apparaissent franchement curables, 2° les lésions s'aggravent du fait de la grossesse 3° il y a existance d'une autre affection posant l'indication de l'avortement thérapeutique (vomissements) 4° la femme ayant subi une aggravation de sa tuberculose du fait d'une accouchement antérieur, redevient enceinte presque aussitôt 5° la cutiréaction à la tuberculine est faible ou nulle, même avec des lésions cliniquement légères.

Pour être efficace l'interruption doit s'adresser à une grossesse peu avancée (3° ou 4° mois) L'avortement thérapeutique doit être préféré chez les femmes jeunes où les lésions sont peu avancées; elles peuvent guérir complètement. L'hystérectomie pour Bar devrait être préférée chez les femmes plus agées, épuisées où les lésions sont plus avancées . L'interêt de l'hystérectomie résiderait dans le fait qu'elle stérilise définitivement la femme et qu'elle supprime la phase critique d'aggravation des suites de couches. Cette manière de voir n'est pas partagée par tous le auteurs en particulier par Léon Bernard et par Rist, ce dernier accusant la castration d'être cause du fléchissement de l'allergie.

Il est certain que quand il s'agit d'interpréter les résultats obtenus en tant qu'amélioration de la tuberculose par l'interruption de la grossesse, on se heurte à de grosses difficultés, parce que les statistiques sont peu nombreuses et certaines dis-

soit par hystérectomie.

Il va sans dire que ce traitement n'est pas applicable au[illegible]
lésions légères, ni aux lésions très avancées.

Mais un certain nombre de cas sont justiciables de ce tr
tement (Bar, Brindeau, De Lee, Sargent). Ce sont les cas où
1° les lésions sont sérieuses, mais apparaissent franchement
rables, 2° les lésions s'aggravent du fait de la grossesse 3°
il y a existence d'une autre affection posant l'indication de
l'avortement thérapeutique (vomissements) 4° la femme a ont
une aggravation de sa tuberculose du fait d'une accouchement
t'rieur, redevient enceinte presque aussitôt 5° la cutiréacti
à la tuberculine est faible ou nulle, même avec des lésions c
niquement légères.

Pour être efficace l'interruption doit s'adresser à une
grossesse peu avancée (3° ou 4° mois) L'avortement thérapeut
doit être préféré chez les femmes jeunes où les lésions sont
avancées; elles peuvent guérir complètement. L'hystérectomie
Bar devrait être préférée chez les femmes plus agées, épuisée
où les lésions sont plus avancées . L'intérêt de l'hystérecto
résiderait dans le fait qu'elle stérilise définitivement la
me et qu'elle supprime la phase critique d'aggravation des s
de couches. Cette manière de voir n'est pas partagée par bou
auteurs en particulier par Léon Bernard et par Rist, ce dern
accusant la castration d'être cause du fléchissement de l'al

Il est certain que quand il s'agit d'interpréter les ré
tats obtenus en tant qu'amélioration de la tuberculose par l

tables (interventions sur indications insuffisantes). Mais si les cas sont peu nombreux dont on puisse tenir compte, ils n'en sont pas moins impressionnants(Bar, Sergent, Brindeau, Küss)

~~Dans~~

Dans l'établissement de conclusions générales, nous nous sommes défendus de trop de précision, Mais il nous a paru légitime de laisser espérer que la conduite à tenir en présence de l'association tuberculose et grossesse, mal définie dans son opportunisme du fait même de l'absence de critère de certitude dans l'établissement du pronostic, trouvera dans une collaboration judicieuse des phtysiologues et des accoucheurs un fondement toujours mieux assis sur l'observation des faits cliniques et expérimentaux. Jusqu'au jour où ayant " entre les mains, les moyens héroïques de lutter contre l'affreux fléau qui nous désole " on peut dire d'avance que " si une voix venait alors à s'élever pour parler de l'avortement provoqué, ce serait pour le rejeter d'une manière absolue".

II - <u>AZOTEMIE ET FONCTIONNEMENT RENAL AU COURS DE LA PUERPERALITE</u> -

Travail présenté en 1926 à l'examen d'agrégeabilité

((Joint in-extenso.))

III - <u>AZOTEMIE ET FONCTIONNEMENT RENAL AU COURS DE LA GRAVIDITE DE LA PARTURITION ET DE LA PUERPERALITE NORMALES ET PATHOLOGIQUES</u> - (en collaboration avec Laudat.)

Ce travail, publié dans Gyn. & Obst. Tome XV n° 2 Février 1927, résume et complète le précédent.

tables (interventions en [illegible]). Mais [illegible] les cas sont peu nombreux dont on puisse [illegible], [illegible] sont pas moins impressionnants (Bar, Sergent, [illegible], [illegible]

Dans

Dans l'établissement de conclusions générales, nous [illegible] sommes défendus de trop de précision. Mais il nous [illegible] gitime de laisser espérer que la conduite à tenir en présence de l'association tuberculose et grossesse, mal définie [illegible] son opportunisme du fait même de l'absence de critère [illegible] titude dans l'établissement du pronostic, trouvera [illegible] collaboration judicieuse des phtysiologues et des [illegible] un fondement toujours mieux assis sur l'observation des faits cliniques et expérimentaux. Jusqu'au jour où ayant " entre [illegible] mains, les moyens héroïques de lutter contre l'affreux [illegible] qui nous désole " on peut dire d'avance que " si une voix [illegible] alors à s'élever pour parler de l'avortement provoqué, ce [illegible] pour le rejeter d'une manière absolue".

II - AZOTEMIE ET FONCTIONNEMENT RENAL AU COURS DE LA PUERPERALITE -

Travail présenté en 1926 à l'examen d'agrégation [illegible]

(Joint in-extenso.)

III - AZOTEMIE ET FONCTIONNEMENT RENAL AU COURS DE LA GRAVIDITE DE LA PARTURITION ET DE LA PUERPERALITE NORMALES

[illegible] (en collaboration avec Laudat.)

((Joint in-extenso))

IV - SYPHILIS DANS SES RAPPORTS AVEC LA GESTATION ET L'ACCOUCHEMENT - SYPHILIS DES NOURRICES.

A paraître dans le Traité du Professeur Jeanselme (Traité de la Syphilis).

V - COEUR ET PUERPERALITE -

Rotacisme de la crosse, de l'aorte et gestation. (en collaboration avec Powwilewicz) Gyn. & Obst. 1920 Tome I n° 6 page 54.) Contribution personnelle relative à la question avec documents radioscopiques.

VI - SANG ET GROSSESSE -

Anémie grave à la fin de la gestation suivie de guérison après l'accouchement chez une femme ayant une réaction de BW positive. (Société d'Obs. et Gyn. 1920). Nous y étudions particulièrement les rapports de l'anémie gravidique et de la syphilis.

VII - PATHOLOGIE (Suite)

Syndromes hémorragiques (apoplexies, utero-placentaires et hématémèses.) au cours de la gestation. Société d'Obs. et Gyn. 1921 (in Bulletin de... 1921 page 210)

Rupture spontanée de l'utérus chez une II pare au voisinage du terme consécutive à une opération césarienne pratiquée lors de la première gestation. Hystérectomie. Guérison. Enfant vivant. - Soc.d'Obs. et Gyn. 1922 (in Bulletin de ... 1921 page

Deux cas de placenta praevia avec hémostase à la manière de Simpson, par décollement total du placenta dans un cas spotanément, dans l'autre, manuellement. Soc. d'Obs. et Gyn. 1923 (in Bulletin de ... 1923 page 533).

Amputation partielle spontanée du col ~~xxxxxxxxxx~~ oedèmatié au cours du travail (en collaboration avec Levy-Solal et Faure) Soc. d'Obs. & Gyn. 1926 (In Bulletin de ... 1926 page 550)

Hémorragie de la délivrance dans un utérus bicorne(en collaboration avec Faure) Photographie de la pièce placentaire. Soc. d'Obs. et Gyn. 1926 (in Bulletin de... 1926 page 553)

Syndromes urinaires de la grossesse et de la puerperalité " La consultation " Juin 1926 page 106.
Un cas de trijumellité . Soc. Obs. & Gyn. 1924. page 735.

THERAPEUTIQUE

Quatre observations de césariennes suivies d'extériorisation temporaire de l'utérus. Soc. d'Obs. et Gyn. 1924 (in Bulletin de ... 1924 page 725)

<u>Incarcération partielle d'un utérus gravide de 7 mois ½ Césarienne conservatrice</u>. Avec schéma (en collaboration avec Lévy-Solal) Soc. d'Obs. & Gyn. 1926 (in Bulletin de ... 1926 Page 354)

~~Incision~~

<u>Incisions du col au cours du travail</u> (en collaboration avec Lévy-Solal) Soc. d'Obs. & GyN, 1921 (in Bulletin de ... 1921 page 11)

<u>Indications techniques et résultats des grades incisions du col au cours du travail</u> " La pratique médicale française" Février 1924, page 99.

<u>Diagnostic et conduite à tenir dans les bassins viciés.</u> " Progrès Médical " 25 Septembre 1920 n° 39.

<u>Conduite à tenir dans les suites de couches fébriles</u> " La Consultation " Décembre 1923 page 249.

<u>Quand et comment employer le ballon de Champetier de Ribes</u> " La Consultation" 1923 page 19.

Contre-indications de la version par manoeuvres internes. " Quinzaine Médicale " Mai-Juin 1926.

A-Propoe de la technique des applications de forceps sur les présentations du sommet. " Sud-Médical et Chirurgical" 15 Mars 1927.